

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขที่รับ..... ๖๐๗๔
วันที่..... ๒ ต.ค. ๒๕๖๔
เวลา..... ๑๖:๑๒ น.



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
เลขที่รับ..... ๑๗๘๔๘
วันที่..... ๒ ต.ค. ๒๕๖๔
เวลา..... ๑๕:๒๐ น.

ที่ พง ๐๐๓๓/ว๑๖๓๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
ถนนเพชรเกษม พง ๘๒๐๐๐

๒ ตุลาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รับสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน ข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดพังงา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จะดำเนินการรับสมัครเพื่อรับย้าย/รับโอน ข้าราชการ
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จำนวน ๓ ตำแหน่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดทราบ
โดยทั่วกัน หากมีข้าราชการประสงค์จะสมัครฯ ขอให้ยื่นใบสมัครพร้อมเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยผ่าน
ผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น ส่งถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ตั้งแต่วันที่ ๗ - ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๔
และสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
<http://www.pngo.moph.go.th>

ขอแสดงความนับถือ

วิมล นิล
(นายวิเศษ กำลิ่ง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์)
ระดับเชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลทับปุด
รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ เห็นสมควรประชาสัมพันธ์
ให้ทราบทั่วกัน

(นายพลลภ ใจเลิศ)
นักทรัพยากรบุคคล

๒ ตุลาคม ๒๕๖๔

๒ ตุลาคม ๒๕๖๔

๒ ตุลาคม ๒๕๖๔

☒ ทราบ	☐ แจ้ง
☒ ดำเนินการ	☐ อนุมัติ

(นายกวิธม์ ชื่อนั้น)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน
ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

โทร. ๐ ๗๖๔๘ ๑๗๒๖ ต่อ ๒๒๒, ๒๒๓

โทรสาร ๐ ๗๖๔๘ ๑๗๒๔



ประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
เรื่อง รับย้าย/รับโอน ข้าราชการเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา มีความประสงค์จะรับย้าย/รับโอน ข้าราชการ เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา โดยมีรายละเอียดการรับย้าย/รับโอน ดังนี้

๑. ตำแหน่งที่รับย้าย/รับโอน

๑.๑ ตำแหน่งเจ้าพนักงานธุรการ ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๒๔๐๔ กลุ่มงานกฎหมาย การกิจด้านบริหารจัดการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

๑.๒ ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๒๗๖๑ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลทับปุด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

๑.๓ ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ประเภททั่วไป ระดับปฏิบัติงาน หรือระดับชำนาญงาน ตำแหน่งเลขที่ ๑๒๒๕๘๕ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลกะปงชัยพัฒน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

๒. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์สมัครเข้ารับการคัดเลือก

๒.๑ มีคุณสมบัติเฉพาะสำหรับตำแหน่งตามมาตรฐานการกำหนดตำแหน่ง

๒.๒ ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องตามที่ส่วนราชการเจ้าสังกัด เห็นว่าเหมาะสมกับหน้าที่ ความรับผิดชอบและลักษณะงานที่ปฏิบัติมาแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๒.๓ เป็นผู้ไม่อยู่ระหว่างถูกดำเนินการทางวินัย ไม่อยู่ระหว่างถูกลงโทษ หรือถูกลงโทษ ทางวินัยหรือทางอาญา ไม่อยู่ระหว่างสอบข้อเท็จจริงความรับผิดชอบละเมิดหรือต้องรับผิดชอบคดี ค่าสินไหมทดแทน

๓. เอกสารและหลักฐานประกอบการขอย้าย/ขอโอน

๓.๑ แบบแสดงความประสงค์ขอย้าย ขอโอน พร้อมลงลายมือชื่อให้ครบถ้วน

๓.๒ แบบคำรับรองของผู้บังคับบัญชายินยอมให้ข้าราชการในสังกัดย้าย/โอน

๓.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ ของผู้ขอย้าย ขอโอน จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๔ สำเนาทะเบียนประวัติข้าราชการ (ก.พ.๗) จำนวน ๑ ชุด

๓.๕ สำเนาประกาศนียบัตร และสำเนาระเบียนแสดงผลการเรียน ที่แสดงว่าเป็นผู้มีวุฒิการศึกษา ตรงกับตำแหน่งที่จะสมัครขอย้าย/ขอโอน จำนวนอย่างละ ๑ ฉบับ

๓.๖ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) หนังสือการเปลี่ยนชื่อตัว - สกุล เป็นต้น

๔. กำหนดการ และวิธีการรับสมัคร

ข้าราชการผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน สามารถยื่นแบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมเอกสารและหลักฐาน ได้ตั้งแต่วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๙ ถึงวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๙ โดยวิธีดังนี้

๔.๑ ยื่นด้วยตนเอง ณ กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ในวันและเวลาราชการ

๔.๒ สมัครทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ให้แนบเอกสารในรูปแบบไฟล์ PDF จำนวน ๑ ชุด ไปยังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา aomoom@gmail.com วันสุดท้าย ปิดรับสมัคร เวลา ๑๖.๓๐ น.

๔.๓ สมัครทางไปรษณีย์ EMS ไปยังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา ๖๔๙ ตำบลท้ายช้าง อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา ๘๒๐๐๐ โดยถือวันที่ทำการไปรษณีย์ต้นทางประทับตราวันรับจดหมายของผู้สมัครเป็นสำคัญ เอกสารที่ส่งหลังวันปิดรับสมัคร กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จะไม่รับไว้พิจารณา

๔.๔ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิสอบสัมภาษณ์ทางเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา <http://www.pngo.moph.go.th> หัวข้อประชาสัมพันธ์ ภายในวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๙

๕. วิธีการคัดเลือกเพื่อเป็นประโยชน์ต่อราชการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จะดำเนินการคัดเลือกโดยคณะกรรมการคัดเลือกฯ พิจารณาจากข้อมูลในแบบคำร้องขอย้าย/ขอโอน ประวัติการรับราชการ โดยใช้วิธีการสอบสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ ข้อมูลที่จะแสดงออกถึงความรู้ ความสามารถ และความเหมาะสม

๖. เงื่อนไขอื่น ๆ

๖.๑ ผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ต้องรับผิดชอบในการตรวจสอบ และรับรองตนเองว่าเป็น ผู้มีคุณสมบัติทั่วไป และกรอกรายละเอียดในแบบแสดงความประสงค์ขอย้าย/ขอโอน พร้อมทั้งยื่นเอกสาร และหลักฐานให้ถูกต้องครบถ้วน หากหลักฐานไม่ครบถ้วนตามที่กำหนดไว้ในประกาศฯ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพังงา จะไม่รับไว้พิจารณา

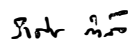
๖.๒ ผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ต้องไม่อยู่ระหว่างลาศึกษาต่อ หรืออยู่ระหว่างรับราชการขาดใช้ ทุนจากกรณีศึกษาต่อ

๖.๓ ผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ต้องไม่อยู่ระหว่างส่งผลงานเพื่อเลื่อนระดับ

๖.๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ขอสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับย้าย/รับโอน หากพิจารณา และเห็นว่าผู้ประสงค์ขอย้าย/ขอโอน ไม่เหมาะสมกับตำแหน่งที่ได้รับย้าย/รับโอน

๖.๕ สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพังงา โทร ๐ ๗๖๔๘ ๑๗๒๖ ต่อ ๒๒๒, ๒๒๓

ประกาศ ณ วันที่ ๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๙



(นายวิเศษ กำลัง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์)

ระดับเชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลทับปุด

รักษาการในตำแหน่งนายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

ใบขอย้าย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่งใหม่

เรียน

1. ข้าพเจ้า.....วุฒิ.....

ใบอนุญาต วุฒิบัตร.....

2. ปัจจุบันข้าพเจ้าดำรงตำแหน่ง ระดับ.....

ตำแหน่งเลขที่..... ส่วนราชการ

ดำรงตำแหน่งเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบันบาท

ปฏิบัติราชการจริงที่.....

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ขณะนี้

☐ อยู่ในช่วงการลาศึกษา / ฝึกอบรม / หรือดูงาน หลักสูตร

ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

☐ ไม่อยู่ในช่วงการลาศึกษา / ฝึกอบรม / ดูงาน

☐ อยู่ในช่วงปฏิบัติงานขอใช้ทุนหลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน..... พ.ศ.

ถึงวันที่ เดือน..... พ.ศ.

☐ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

3. ขอย้ายไปรับราชการในตำแหน่ง ระดับ.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอย้าย

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลพร้อมนี้แล้วจำนวน ฉบับ

4. หากปรากฏว่า ตำแหน่งที่จะขอย้ายเป็นระดับที่ต่ำกว่าระดับตำแหน่งที่ข้าพเจ้าดำรง

ตำแหน่งอยู่ข้าพเจ้า

☐ ยินยอมลดระดับ

☐ ไม่ยินยอมลดระดับ

5. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

☐ ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ อยู่ในช่วงประเมินผลงานทางวิชาการ โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ มีความประสงค์ขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่ โดยขอให้นำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมไปขอประเมินเพื่อเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

6. ในการขอย้ายครั้งนี้หากทางราชการอนุญาตให้ย้ายได้ ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

6.1 เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

6.2 เงินค่าพาหนะเดินทาง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

6.3 เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอย้าย
(.....)

คำรับรองการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับตำแหน่งใหม่

ตามที่ (นาย , นาง , นางสาว)

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอย้ายไปดำรงตำแหน่งทางจังหวัด..... นั้น ได้พิจารณา

☐ ให้เบิกตามรายการที่ระบุใน 6

☐ ให้เบิกเฉพาะรายการที่

☐ ไม่ให้เบิกทุกรายการที่ระบุใน 6

(ลงชื่อ).....

(.....)

...../...../.....

หมายเหตุ 1. กรณีขอย้ายติดตามคู่สมรส ให้แนบสำเนาคำสั่งย้ายหรือหลักฐานการย้ายของคู่สมรส

2. กรณีขอย้ายกลับภูมิลำเนา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

3. กรณีขอย้ายเพื่อดูแลบิดา มารดา ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา และกรณีที่บิดา มารดา อายุต่ำกว่า 65 ปี และมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ให้แนบใบรับรองจากแพทย์ด้วย

4. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการกอง หรือ หัวหน้าหน่วยราชการบริหารส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ที่เทียบได้ไม่ต่ำกว่านี้เป็นผู้ให้คำรับรอง เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับ ตำแหน่งใหม่ แล้วแต่กรณี

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่

☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง ประเมินผลงาน
ทางวิชาการ

☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการที่ส่วนราชการเดิม
ขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....

ใบขอโอน

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอโอนมารับราชการ

เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... วุฒิ.....

ใบอนุญาต.....ผู้สมัคร.....

๒. ปัจจุบันเป็นข้าราชการ..... ตำแหน่ง.....

ฝ่าย/กลุ่ม/ศูนย์.....กอง.....กรม.....

โทรศัพท์.....ดำรงตำแหน่งนี้เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. อัตราเงินเดือนปัจจุบัน.....บาท

ขณะนี้ ○ อยู่ในระหว่างทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

○ พ้นจากการทดลองปฏิบัติหน้าที่ราชการ

○ อยู่ในระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน หลักสูตร.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

○ ไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษา/ฝึกอบรม/หรือดูงาน

○ อยู่ในระหว่างปฏิบัติงานขอให้ทุน หลักสูตร.....

ต้องปฏิบัติงานขอใช้ทุน.....ปี ตั้งแต่วันที่ เดือน.....พ.ศ. ถึงวันที่เดือน.....พ.ศ.....

○ ไม่มีข้อผูกพันกับทางราชการ

๓. ขอโอนมาดำรงตำแหน่ง.....ระดับ.....ตำแหน่งเลขที่.....

ส่วนราชการ.....

เหตุผลในการขอโอน คือ

และได้แนบหลักฐานประกอบเหตุผลมาพร้อมนี้ด้วยแล้ว จำนวนฉบับ

๔. ประวัติส่วนตัว

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน ---- เริ่มรับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

อายุราชการ.....ปี.....เดือน (นับถึงเดือน.....พ.ศ.....) ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด).....

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

☐ เป็นสมาชิก กบข. ประเภท ☐ สะสม ☐ ไม่สะสม

○ ไม่เป็นสมาชิก กบข.

๕. ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ	สาขาวิชาเอก	ปีที่จบการศึกษา

๖. () ไม่เคยผ่าน...

๖. ☐ ไม่เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงานมาก่อน

☐ เคยผ่านการประเมินบุคคลและผลงาน

โดยวิธีการ ☐ สอบ/ประเมินตาม ว ๒/๔๐, ว ๓๔/๔๗ ในตำแหน่ง

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ ประเมินผลงานตาม ว ๑๖/๓๘, ว ๑๐/๔๘ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยวิธีการ ☐ ประเมินผลงานตาม ว ๑๓/๖๔, ว ๑๔/๖๔ ในตำแหน่ง.....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ประวัติการรับราชการ (จากเริ่มรับราชการจนถึงปัจจุบัน แสดงเฉพาะที่ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น
แต่ละระดับและการเปลี่ยนแปลงในการดำรงตำแหน่งในสายงานต่าง ๆ)

วัน เดือน ปี	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	สังกัด

๘. ประวัติการฝึกอบรมและดูงาน

ปี พ.ศ.	ระยะเวลา	หลักสูตร	สถาบัน

๙. หน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งปัจจุบัน

๙.๑

๙.๒

๙.๓

๑๐. หากตำแหน่งที่ใช้รับโอนข้าพเจ้าเป็นตำแหน่งที่มีอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ในปัจจุบัน
ข้าพเจ้ายินดีที่จะรับเงินเดือนชั้นที่มีอยู่ของตำแหน่งที่จะรับโอนไปก่อนจนกว่าจะส่งพอกอัตราให้

๑๑. กรณีที่ ก.พ. อนุมัติให้รับโอนในระดับ และอัตราเงินเดือนต่ำกว่าที่ได้รับอยู่เดิม ข้าพเจ้า

☐ ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

☐ ไม่ประสงค์ที่จะโอนมารับราชการ

๑๒. ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้นตั้งแต่วันที่.....

☐ มีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอน

☐ ไม่ประสงค์จะรอลื่อนระดับก่อนโอน

๑๓. การโอนครั้งนี้ข้าพเจ้า (ให้ขีดเครื่องหมาย / ใน ☐ ที่ต้องการ)

๑๓.๑ เงินค่าขนย้ายสิ่งของส่วนตัว ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

๑๓.๒ เงินค่าพาหนะเดินทาง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

๑๓.๓ เงินค่าเบี้ยเลี้ยง ☐ ขอเบิก ☐ ไม่ขอเบิก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอโอน
(.....)

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าตำแหน่ง.....ระดับ.....

(ส่วนราชการ)

เป็นผู้บังคับบัญชาใกล้ชิด ขอรับรองว่า

เป็นผู้มีความประพฤติเรียบร้อย ไม่บกพร่องทางศีลธรรม เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ มีความสนใจ และอุตสาหะ
ในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง
...../...../.....

หมายเหตุ ๑. กรณีขอโอนติดตามคู่สมรส ให้แนบหลักฐานที่แสดงว่าคู่สมรสมีภูมิลำเนา หรือปฏิบัติงานอยู่ใน
จังหวัดที่ขอโอนไป

๒. กรณีขอโอนกลับภูมิลำเนาเดิม ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านภูมิลำเนาเดิม

๓. กรณีขอโอนเพื่อดูแลบิดา มารดา หรือบุตร ให้แนบสำเนาทะเบียนบ้านของบิดา มารดา หรือบุตร
และใบรับรองแพทย์ ในกรณีที่บิดา มารดา หรือบุตรมีโรคประจำตัว

๔. กรณีขอโอนมาตำแหน่งที่กำหนดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง
ให้แนบสำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้วย

๕. การขอเบิกเงินตามข้อ ๑๓. อยู่ในดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาทางสังกัดเดิมเป็นผู้พิจารณา

บันทึกประกอบการขอย้าย / โอน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนราชการ.....

มีความประสงค์จะขอย้าย / โอน ไปรับราชการที่

- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
แต่ไม่ประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย / โอน
- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนโอนไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่
- ☐ ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนสามารถเลื่อนขึ้นดำรงตำแหน่งระดับสูงขึ้น ตั้งแต่วันที่.....
และมีความประสงค์จะเลื่อนระดับก่อนย้าย โดยขอไปปฏิบัติราชการก่อน
- ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอไปปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการใหม่ก่อน เนื่องจากอยู่ระหว่าง
ประเมินผลงานทางวิชาการ
- ☐ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขอย้ายไปรับราชการที่ส่วนราชการใหม่โดยขอนำผลประเมินวิชาการ
ที่ส่วนราชการเดิมขอประเมินไปเลื่อนระดับที่ส่วนราชการใหม่

(ลงชื่อ).....ผู้ขอย้าย / โอน
วันที่.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่งานเจ้าหน้าที่
วันที่.....